|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | **Προς**  **Γραμματεία Τμήματος Ιατρικής**  **Σχολή Επιστημών Υγείας**  **Α.Π.Θ.** |
| Επίθετο: ……………………………..  Όνομα: ………………………………  Πατρώνυμο: …………………………  Τηλέφωνο: …………………………..  Παν/κό έτος εγγραφής: ……………… ΘΕΜΑ: "Χορήγηση βεβαίωσης" Θεσσαλονίκη, ………………… | Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε βεβαίωση για τη συμμετοχή μου στο ΔΠΜΣ «Ιατρική Πληροφορική» (ΠΡΟΜΕΣΙΠ) προκειμένου να τη χρησιμοποιήσω για …………………….………………………...……………………………………………………  Ο/Η αιτών/ούσα |